LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Stomatologie : Note sur plusieurs cas de complications entraînées par des dents à pulpe morte, suivie de quelques considérations sur les dents mortes et le 4e degré, par M. Albert Loup, p. 737. — **Bibliographie** : Tableaux synoptiques d'anatomie descriptive, p. 741. — **Revue de la Presse** : Contribution à l'étiologie de l'œdème aigu du poumon après la thoracentèse, p. 741. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 novembre* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* Recherches sur l'alcoolisme aigu ; dosage de l'alcool dans le sang et dans les tissus, p. 742. — Des relations existant entre les actions diurétiques et les propriétés osmotiques des sucres, p. 742. — Sur la lipase à l'état pathologique, p. 743. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 novembre* 1899. — *Présidence de M. Panas*, Prophylaxie de la syphilis par le traitement, p. 744. — Rapports de prix, p. 745. — Sur les variations de l'état électrique des muscles chez l'homme sain et malade, p. 745. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 17 novembre* 1899. *Présidence de M. Raymond.* — Traitement de la morphinomanie, p. 745. — Névrose tachycardique post-traumatique, p. 746. — Dangers des injections sous-cutanées de sels mercuriels insolubles, p. 746. — **Société du VIIe arrondissement**: *Séance du 27 juin* 1899. — *Présidence de M. Potherat*, p. 747. — **Société de chirurgie** : *Séance du 22 novembre* 1899.— *Présidence de M. Richelot*, p. 748. — Ouverture d'un abcès extra-dural par la trépanation, p. 748. — Résection de la hanche pour coxalgie, p. 749. — Pied bot paralytique, p. 749. — Injections de sérum antitétanique, p. 749. — Balle de revolver dans la région temporale, p. 749. — Luxation d'un os semilunaire, p. 749. — **Memento pratique** : Procédé simple pour combattre l'épistaxis, p. 748. — Solutions cupriques pour l'usage externe, p. 749. — **Variétés** : Pages humoristiques : Ballade des pauvres mires de Paris, p. 750. — **Nouvelles**, p. 750. — **Bulletin bibliographique**, p. 752.

STOMATOLOGIE

Note sur plusieurs cas de complications entraînées par des dents à pulpe morte, suivie de quelques considérations sur les dents mortes et le 4e degré.

Par M. Albert Loup (1).

Professeur de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

Je me suis permis de modifier dans une certaine mesure le titre et le sujet de la communication inscrite à l'ordre du jour, parce que j'ai pensé que le *traitement des dents à pulpe morte* était trop spécial, trop technique, et j'ai craint d'être fastidieux. Tandis qu'en vous présentant quelques observations relatives aux complications des maladies des dents, j'ai la certitude que j'atteindrai mieux le but que je me suis proposé : ce but est de vous montrer quels sont les détails minutieux dont se compose notre spécialité — trop peu connue du monde médical — et, j'ose dire, les innombrables services qu'elle peut rendre. Je n'ai certes pas la prétention de vous intéresser beaucoup : il faudrait une voix plus autorisée que la mienne pour réussir à captiver l'attention d'hommes habitués à traiter les grandes questions de la pathologie générale, et à l'attirer sur les tout petits problèmes de la région gingivo-dentaire, selon l'heureuse définition du Dr Tellier, de Lyon, concernant notre domaine.

Mais, si restreint que soit le champ de notre intervention, vous n'ignorez pas que des affections sérieuses, graves parfois, ont eu pour point de départ une dent malade, et cela, sans qu'on s'en doutât au début. Cet organe minuscule, véritable perle de la physionomie, éclat de notre rire, fraîcheur de notre bouche, peut devenir le foyer de redoutables éléments pathogènes. Que de désordres ces éléments n'ont-ils pas entraînés ? Vous en avez certainement tous observé des exemples : adénites, adéno-phlegmons, abcès des sinus maxillaires, troubles du côté des oreilles, des yeux, des articulations temporo-maxillaires, etc., etc. Pour chaque organe atteint, toute la gamme des accidents a été parcourue ; la mort du malade a même pu parfois en être la conséquence. Vous avez tous présente à l'esprit la dernière observation relatée par le regretté doyen de la Faculté de Nancy, le professeur Heydenreich ; son malade a succombé à la suite d'accidents provoqués par l'évolution de la dent de sagesse. Aujourd'hui, je me propose de vous décrire, avec pièces à l'appui, deux cas de nécrose étendue du maxillaire supérieur, consécutive à la putréfaction de la pulpe dentaire.

Observation I. — Mlle G..., âgée de 18 ans, se présente dans notre service de clinique, à l'Ecole Dentaire de Paris, au mois de janvier 1898. Elle venait nous consulter parce qu'elle n'obtenait pas de résultats satisfaisants du traitement qu'on lui faisait suivre depuis quinze jours à l'hôpital.

A l'examen de la malade, je constate un abattement général, un facies jaune terreux avec œdème de toute la joue droite et de l'œil du même côté, qu'elle a de la peine à ouvrir. La lèvre inférieure est indemne, ce qui me permet de supposer que nous avons affaire à l'une des molaires. La malade, qui pouvait à peine se tenir debout depuis quelques jours, avait fini par être terrassée par la fièvre : la veille de son arrivée à la clinique, elle avait même dû garder le lit.

L'examen local fut très douloureux et des plus difficiles en raison de la contracture des masséters ; c'est à peine si l'écarteur parvint à vaincre le trismus et à nous permettre de faire une exploration suffisante. L'haleine était horriblement fétide, repoussante, car tout le massif maxillaire in-

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, séance du 10 juin 1899.

férieur droit baignait dans le pus : il en sortait de tous les points, notamment du côté externe ou jugal. Au palais, on remarquait un épaississement considérable des tissus mous : il est très appréciable sur le moule de la bouche qui fut pris trois jours après et que je vais vous soumettre. Les gencives, depuis la ligne médiane du maxillaire supérieur jusqu'à sa protubérance, étaient criblées de fistules; le périoste alvéolaire ne semblait plus adhérer aux dents, en raison de la quantité de pus qui venait sourdre au collet de celles-ci.

Les dents elles-mêmes étaient d'une mobilité extrême; la première grosse molaire, les deux prémolaires, la canine, les deux incisives ne tenaient plus dans leur alvéole. Chose curieuse à remarquer, les désordres infectieux s'arrêtaient net à l'incisive centrale droite : tandis que celle-ci semblait n'être plus adhérente à quoi que ce soit, l'incisive de gauche était dans toute son intégrité. La ligne de démarcation était tellement tranchée que j'en fus frappé; et, si vous voulez bien examiner la pièce, vous verrez qu'une seule des incisives est déviée de sa position normale. Or, ceci ne tient pas à une disposition naturelle, mais à un déplacement qui se produisit pendant la prise de l'empreinte.

Je demandai alors à la malade comment avait débuté l'affection. Il paraît que, plusieurs mois auparavant, elle avait eu des rages de dents caractérisées par des douleurs spontanées, vives, s'exaspérant la nuit, signes manifestes d'une pulpite aiguë. Mais cet état de choses n'avait pas duré longtemps : après un jour ou deux de souffrances, à deux reprises différentes, une accalmie complète s'était produite. Lorsque survinrent les accidents que nous avons décrits plus haut, elle n'eut pas les mêmes douleurs : pendant quinze jours environ avant la fluxion, prodrome de la lésion actuelle, elle ressentit, par instants, des douleurs sourdes, peu accentuées. Puis la dent s'allongea, devint douloureuse à la pression, et les accidents éclatèrent. Je portai le diagnostic de *putréfaction pulpaire* et me mis en devoir de chercher le corps du délit.

Je vous ai dit que, dès l'abord, en raison de l'intégrité des lèvres, respectées par l'œdème, j'avais écarté toute idée de lésion des incisives ou de la canine. Je dirigeai donc immédiatement mon examen sur les molaires et je trouvai une carie pénétrante à la face postérieure de la première prémolaire, presque au niveau du collet. Ce ne fut pas sans peine, car la carie était cachée par la muqueuse épaissie et décollée. Afin de me rendre compte du degré de mortalité des connexions naturelles, je pris les dents et le maxillaire entre le pouce et l'index et je constatai une certaine mobilité, peu appréciable, il est vrai, mais suffisante pour me faire craindre une nécrose de l'os.

En tous cas, une intervention s'imposait en présence de pareils désordres. La première opération fut l'extraction de la dent coupable, suivie de lavages de l'alvéole avec une solution de permanganate de potasse à 2 p. 1000; puis la canule de la seringue, entourée d'un tampon d'ouate, fut entrée dans la cavité et je refoulai le liquide qui sortit par toutes les fistules en drainant tout le pus.

Je continuai ces irrigations pendant huit jours : entre temps, la malade se baignait la bouche, quatre fois dans les vingt-quatre heures, avec la solution suivante :

℞ Acide thymique		1 gramme.
Iode	âā	4 —
Iodure de potassium		
Eau		1.000 —

Je surveillais les dents ainsi que la nécrose qui devenait plus apparente; l'œdème diminuait, de même que le trismus, mais le maxillaire restait dans le même état.

Le huitième jour, je me décidai à opérer. Après avoir injecté quatre centigrammes de cocaïne, je fis, avec le bistouri, une section antéro-postérieure sur le bord alvéolaire palatin, par conséquent sur le côté interne des dents, s'étendant depuis la deuxième molaire jusqu'à l'incisive centrale inclusivement. Toute la muqueuse était décollée jusqu'à la ligne médiane de la voûte palatine d'une part et en haut du pli muqueux gingivo-génien d'autre part. Je détachai la partie nécrosée en pressant de dehors en dedans et de haut en bas et en la tirant ensuite avec une pince. C'est ce séquestre que je vous présente sous le n° 1; l'incisive latérale et la canine y sont adhérentes, mais la petite molaire avait été extraite au préalable. Je lavai convenablement la plaie et m'aperçus que je pénétrais dans le sinus maxillaire. J'examinai les dents restantes : trouvant que l'incisive centrale et la deuxième petite molaire, bien que très chancelantes, adhéraient encore fortement au périoste, j'en conclus qu'elles avaient gardé assez de vitalité pour qu'on pût tenter de les conserver, et je n'en fis pas l'extraction. Jugeant le curetage inutile, je me contentai de rapprocher, par un point de suture central, les lèvres de mon incision, prévoyant la sortie ultérieure d'esquilles osseuses. Les irrigations étaient très faciles et la jeune fille les faisait elle-même, tantôt avec la solution thymique, tantôt avec le sozoïodol à 1 p.1000. Contrairement à mes prévisions, tout se borna à l'élimination de deux ou trois petits séquestres, et la guérison complète fut obtenue en trois semaines. La perte de substance fut comblée et les dents remplacées par un appareil prothétique; et, comme je l'avais prévu, les deux dents incisive centrale et 2e prémolaire se sont consolidées.

Maintenant, si nous examinons le séquestre, nous constatons deux faits importants. D'abord une fonte de l'os au niveau de l'extrémité apicale de la deuxième prémolaire, voisine immédiate de la coupable : c'est là le point de départ de tous les accidents. Nous pouvons en conclure que, si la racine s'était trouvée un peu plus longue, nous aurions eu une infection de tout le sinus. Ensuite, toute la loge osseuse de l'incisive centrale se trouve dans la pièce anatomique que vous avez sous les yeux et cependant je vous ai déclaré que j'avais conservé cette dent. Or quel a été le sort de cette dernière? Son nerf s'est trouvé sectionné, sans aucun doute, puisque nous avons là son canal sous les yeux, au fond de l'alvéole. Alors qu'est devenue la pulpe? A-t-elle pu reprendre vie? Au point de vue vasculaire, c'est possible; mais au point de vue nerveux, c'est plus que douteux. Quoi qu'il en soit, nous devons nous contenter du résultat plastique, puisque la guérison est complète en tous points.

Observation II. — La seconde observation a trait à des complicatione du côté du maxillaire inférieur. Le sujet, un homme d'une quarantaine d'années, vint nous consulter au mois de décembre 1898 pour un ébranlement considérable des dents inférieures du côté droit. A l'examen, nous constatons que toute la partie droite du menton, depuis la symphyse, est très volumineuse. L'œdème, qui a notablement

diminué depuis deux jours, au dire du malade, s'étend encore jusqu'à l'angle de la mâchoire. Le trismus a cédé presque complètement et le malade ouvre suffisamment la bouche pour permettre l'exploration. L'haleine est extrêmement fétide; les dents, détachées des parties osseuses, émergent au milieu d'un amas de chairs déchiquetées et baignent dans un véritable lac de sanie purulente. Le début des accidents infectieux remontait à quinze jours environ, et le malade s'alimentait à peine. J'essayai de me rendre compte du degré d'ébranlement des dents et je constatai que toute une portion du maxillaire, depuis la base jusqu'au collet, d'une part, et de la symphyse jusqu'à la 2e prémolaire, d'autre part, était détachée du corps de l'os, mais seulement dans sa partie antérieure; en d'autres termes, la table externe seule paraissait fracturée, tandis que la table interne était immobile. Le corps du délit était la première prémolaire, atteinte dans sa partie postérieure d'une carie fort ancienne et dont le patient nous fit l'histoire suivante :

Cette dent était malade depuis fort longtemps. Il y a un an, environ, il éprouva des douleurs terribles; il eut des crises durant deux ou trois jours et qu'il calmait avec divers topiques pris chez un pharmacien. Cet état de choses a persisté pendant des mois. Il faut dire que ce malade est mécanicien sur la ligne du Nord; il termina par cette phrase susceptible de nous laisser rêveurs : « Je ne savais comment je conduisais ma machine lorsque les rages me prenaient; c'était à devenir fou ». Puis tout rentra dans l'ordre. Il était comme dans un autre monde depuis sept ou huit mois, lorsqu'il fut pris, il y a quinze jours, d'une fluxion avec douleurs vives à la pression des dents antagonistes et un peu de contracture de la mâchoire. Cette poussée inflammatoire dura huit jours et disparut en laissant une douleur sourde. De temps en temps un peu de périostite, rendait la mastication pénible.

Peu de temps après, il constatait la présence d'un abcès dans le sillon gingivo-jugal, abcès très douloureux qui succéda à une légère fluxion. La poche purulente se vida d'elle-même et notre malade se crut désormais tranquille. Mais il ne tarda pas à remarquer que, selon sa propre expression, il y avait, dans sa mâchoire « quelque chose qui le rongeait ». Les dents devinrent branlantes, la suppuration reparut avec abondance et la joue enfla, mais plus lentement que les fois précédentes. La contracture de la mâchoire avait persisté depuis le début de cette nouvelle phase, c'est-à-dire depuis quinze jours environ, comme je l'ai indiqué précédemment. Voyant le malade fort affaibli, tant par l'inanition que par la longue privation de sommeil, je me décidai à intervenir immédiatement. Comme la portion à enlever était la partie antérieure de l'os, l'opération fut assez facile. J'injectai d'abord 2 centigrammes de cocaïne; puis, avec le bistouri, je fis une incision sur le bord alvéolaire de la gencive, allant de la deuxième prémolaire à l'incisive centrale. Rabattant ensuite comme un tablier le lambeau obtenu, je mis à nu la partie osseuse nécrosée, que j'enlevai facilement avec les dents qu'elle portait : c'est la pièce n° 2, que je vous prierai d'examiner. Je regrette d'avoir égaré la dent, cause de tous ces désordres, mais sa place est indiquée par une légère dépression : c'est la première petite molaire. Je relevai ensuite le lambeau gingival et le fixai par un point de suture central; puis je prescrivis des lavages comme dans l'observation précédente. Quinze jours plus tard, tout était cicatrisé.

En examinant ce séquestre, il est facile de se rendre compte qu'il s'en fallut de bien peu que le corps du maxillaire ne fût nécrosé dans toute son épaisseur. Cette circonstance eût rendu l'opération plus difficile, ainsi que la reconstitution osseuse. Nous n'aurions pas été désarmé toutefois, car il aurait suffi de maintenir les deux portions du maxillaire dans une immobilité parfaite à l'aide d'appareils prothétiques et la réparation eût été obtenue, mais c'eût été fort long.

Quel enseignement pouvons-nous tirer de ces deux observations de putréfaction de la pulpe dentaire? Nous devons retenir les terribles effets succédant à une cause minime en apparence. Nous sommes en présence de deux complications graves ayant le même facteur étiologique; mais ces complications sont rares, en somme, et il devient nécessaire d'entrer dans quelques développements concernant les modifications pathologiques des organes qui en peuvent être le point de départ.

Vous n'êtes pas sans connaître les termes de *dent morte* et de *carie au 4e degré* dont on se sert couramment dans la pratique dentaire. Or, je suis d'avis que ces dénominations, assurément fort commodes entre praticiens, devraient disparaître du cadre de la pathologie dentaire. Car elles sont trop vagues et n'ont rien de scientifique : la première repose sur une erreur grossière; la seconde se rapporte à une figure schématique qui n'indique pas grand'chose.

Si nous considérons la dent dite *morte*, nous trouvons que la chambre pulpaire est dépourvue de son locataire, la pulpe; à ce titre et à cause de la perte de toute sensibilité, on peut la considérer comme morte.

Par contre, si nous faisons l'extraction de cette dent morte, nous constatons, en raison de l'intensité de la réaction douloureuse, qu'elle ne manquait pas de vitalité. Et, si nous l'examinons de près, nous constatons que le périoste est bien vivant et adhérent à la racine.

Magitot nous a appris que, lorsque la pulpe n'existe plus dans la dent, le périoste devient le siège d'une suractivité circulatoire qui le prédispose à l'inflammation. Or le périoste continue-t-il à adhérer à l'os nécrosé? ne sert-il qu'à maintenir la dent dans l'alvéole? la dent n'est-elle réellement et uniquement constituée que par la pulpe? ces deux éléments générateurs ne concourraient-ils pas chacun pour leur part à la formation de la dent, la pulpe produisant l'ivoire et l'émail, le périoste donnant naissance au cément qui revêt la racine? c'est aux histologistes plus compétents que moi qu'il appartient de nous donner la clef du problème. Il me semble toutefois que, si le double rôle du périoste et de la pulpe dentaire n'était pas tel que je le comprends, la dent dépourvue de sa pulpe serait effectivement morte et n'aurait pas plus de raison pour rester dans la bouche qu'un séquestre. D'ailleurs une foule d'exemples de la pratique journalière semblent donner raison à la thèse que je mets en avant. Si nous sommes en face d'une dégénérescence,

d'une atrophie du périoste sous une influence quelconque, diathésique ou autre, nous constatons que la dent ne reste pas non plus dans son alvéole, bien que la pulpe soit encore vivante ; et, si la pulpe est extraite, nous n'avons plus qu'une substance mortifiée qui ne peut demeurer au sein de l'organisme. Par contre, nous savons que le périoste meurt du fait de l'infection de la dent ; la pulpe est morte et la dent tombe par deux mécanismes bien différents. Dans le premier cas, nous trouvons une racine blanche, transparente, superbe : c'est que l'infection s'est fait jour entre elle et le périoste, d'où abcès : les racines de la dent baignent dans le pus.

Dans le second cas, il n'y a pas d'extension au dehors des phénomènes infectieux, mais la racine, elle, s'est infectée : elle meurt du centre à la périphérie et la dent ne tient plus dans son alvéole, car le périoste a disparu. Si nous examinons cette racine, nous trouvons un tissu noir, imprégné des éléments qui l'ont tué. On peut conclure de tout ce qui précède qu'il n'y a pas, en réalité, d'autre *dent morte* que celle qu'on tient au bout du davier. Car une dent, même vivante par sa pulpe, tombera si le périoste est mort ; tandis qu'une dent dont la pulpe est morte restera solidement plantée dans son alvéole tant que le périoste sera vivant.

Que dirons-nous maintenant de l'expression « 4e degré » ? Elle constitue certainement un progrès ; elle est exacte, si elle n'est pas suffisamment explicite. Certes elle ne donne pas l'idée nette de la nature de la lésion : c'est plutôt une définition anatomo-pathologique, macroscopique en quelque sorte, indiquant jusqu'à quelle profondeur et dans quelle proportion les tissus sont détruits, en un mot, jusqu'où va la carie. Il est certain que le 4e degré, ainsi compris, n'est pas capable de produire à lui seul des dégâts de la nature de ceux dont je vous ai rapporté deux exemples ; ne préjugeant de rien, cette expression n'a rien de compromettant, tandis qu'avec le diagnostic de gangrène ou de putréfaction de la pulpe, comme chez nos deux malades, le chirurgien peut considérer le pronostic comme grave et agir en conséquence. Fort heureusement, la putréfaction de la pulpe n'entraîne que fort rarement des complications aussi terribles que celles que je vous ai signalées : la question de terrain a une grande importance et c'est à ce point de vue que je vous demanderai la permission de vous donner quelques renseignements complémentaires concernant l'état général des deux malades précités.

Dans l'observation I, la jeune fille en question, bien que n'ayant jamais fait de maladies graves, est lymphatique : c'est ce qu'on est convenu d'appeler une petite nature. Le tissu cellulaire a tendance à s'œdématier facilement ; elle a eu de fréquentes fluxions avec adénites sous-maxillaires. D'ailleurs, les ganglions sont généralement engorgés en temps ordinaire, ce qui indique un certain degré de strume. Le second sujet, au contraire, est un homme fort, dans toute l'acception du mot ; il est très musclé, n'a jamais été malade et a très peu souffert des dents. Ni alcoolisme, ni syphilis.

Or, comment expliquer que, la cause étiologique étant également minime dans les deux cas, des accidents aussi graves aient pu offrir la même intensité chez deux natures si dissemblables ? C'est que la marche de l'affection, elle, n'a pas été la même. Chez la première de nos malades, les accidents éclatent presque d'emblée, après deux poussées très courtes de pulpite aiguë : elle est terrassée presque sans avoir combattu. L'autre lutte pendant des mois ; il souffre beaucoup et à plusieurs reprises, et il lui faut presque un an pour arriver au même résultat. Notre jeune fille a puisé ses éléments d'infection dans son propre organisme qui se prêtait admirablement à l'envahissement des microbes ; tandis que le mécanicien a pris ces éléments en dehors de lui-même, avec sa pénible profession comme cause occasionnelle. On juge ce que peut devenir même une simple fluxion chez un malade exposé la nuit et le jour aux intempéries des saisons, sur la plateforme d'une locomotive où il a autre chose à faire que de penser à se soigner. En toute autre circonstance, il est à peu près certain que la putréfaction de la pulpe n'aurait pas donné lieu, chez cet homme solide, à de semblables désordres.

Mais je m'aperçois que tout en voulant vous faire apprécier les bienfaits de notre art, je ne vous ai montré jusqu'à présent qu'une intervention purement chirurgicale, faisant la part du feu et limitant, dans la mesure du possible, les dégâts produits par la putréfaction de la pulpe. Je vais maintenant vous faire voir le dentiste à l'œuvre.

Observation III. — Au mois de mars 1899, je reçois la visite d'un confrère — un de mes anciens élèves — qui désirait avoir mon avis sur le cas d'un malade d'une cinquantaine d'années qui l'avait accompagné. Voici l'histoire de ce malade, racontée par lui-même : « Je suis arrivé à mon âge sans jamais avoir souffert des dents, et c'est la première fois que mon attention se trouve attirée de ce côté. Il y a quelques semaines, sans cause apparente, mes dents du devant sont devenues sensibles, puis elles se sont mises à branler et, aujourd'hui, le pus sort de partout. La mastication est absolument impossible, de sorte que je m'alimente fort mal. Je suis allé consulter un médecin qui m'a prescrit des applications de teinture d'iode sur les gencives et m'a ensuite adressé à M. C... pour qu'il fasse l'extraction de toutes les dents malades. Il attribuait ces accidents au diabète dont je suis atteint. Avant de recourir à cette mesure extrême, nous avons voulu avoir votre avis ».

Mon confrère ajouta : « Je crois que nous avons de la polyarthrite ».

J'examinai le sujet et constatai en effet que les quatre incisives supérieures étaient aussi mobiles que les doigts de la main ; les canines l'étaient fort peu. Le pus sortait par plusieurs fistules disséminées sur toute la partie antérieure de l'arcade dentaire ; la muqueuse gingivale était flasque, molle, violacée, surtout dans sa partie supérieure, au niveau du sillon gingivo-labial. Toutefois remarquant que,

malgré la grande mobilité des dents, il n'y avait pas de pus au collet, ni dégénérescence du périoste, j'écartai le diagnostic de gingivite expulsive et posai celui de *périostite suppurée*, d'origine inconnue, jusqu'à preuve du contraire. J'avais dès lors l'espoir de conserver toutes les dents et me gouvernai en conséquence. Mon confrère ayant bien voulu me confier le malade, je fis immédiatement, à travers les fistules, qui communiquaient toutes entre elles, des lavages avec une solution de chlorure de zinc à 1/100, et prescrivis un bain de bouche, toutes les deux heures, avec la solution thymique et iodée dont j'ai donné plus haut la formule.

Je revis le malade trois jours plus tard, il n'y avait pas grand changement dans son état, mais les dents étaient déjà moins sensibles et le pont gingival interdentaire moins tuméfié. Je pus alors pratiquer un examen minutieux des dents antérieures et je découvris, au collet de la petite incisive gauche et sur son côté distant, une carie presque imperceptible qu'on ne pouvait apercevoir ni dans sa portion labiale ni dans sa portion palatine. J'introduisis alors une petite sonde, dite *sonde à canaux*, et je pénétrai, sans provoquer la moindre douleur, dans la racine dont le nerf était putréfié et réduit à l'état de bouillie infecte. J'enlevai le nerf, après avoir fait sauter la paroi palatine de la carie. Sûr désormais de mon diagnostic, je pratiquai immédiatement des injections antiseptiques par cette ouverture : le liquide passait par le canal pulpaire et ressortait par les fistules multiples que j'ai déjà signalées. L'amélioration fut rapide et, au bout d'un mois, la guérison était complète : toutes les dents furent sauvées, même la coupable.

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques d'anatomie descriptive, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr Boutigny, ancien interne des hôpitaux. T. I. Os, articulations. Muscles et aponévroses. Cœur, artères, veines, vaisseaux et ganglions lymphatiques. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1900.

Ces tableaux synoptiques d'anatomie répondent à un besoin de la pratique et faciliteront beaucoup l'étude de l'anatomie aux étudiants et le souvenir d'un détail d'anatomie oublié aux praticiens. Les ouvrages d'anatomie ont une autre fonction dans l'enseignement : celle de fournir des notions complètes ; mais avant d'arriver à posséder son anatomie, l'étudiant doit, le scalpel à la main, se graver dans l'esprit tous les détails d'une région, d'un appareil, etc., et pour y parvenir, il se perd souvent dans le dédale de ses préparations. Ces tableaux synoptiques l'aideront puissamment dans son travail, en ce qu'il aura sous les yeux un résumé clair de la description des organes qu'il va étudier. L'étude de l'anatomie, comme le dit l'auteur, se prête très bien aux exigences des tableaux synoptiques, par sa constance et son uniformité, tout comme les sciences abstraites facilement schématisables. Les candidats à l'externat des hôpitaux trouveront dans ces tableaux la plupart des questions qu'on peut leur demander.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à l'étiologie de l'œdème aigu du poumon après la thoracentèse. Norbert Ortner. (*Wien. Kl. W.* n° 44. 99). — Quoique rares, les accidents graves après la thoracentèse sont encore assez fréquents pour retenir l'attention du médecin. Leur cause anatomique réside soit dans les altérations du cœur ou des vaisseaux pulmonaires, soit dans les lésions de l'encéphale ou dans celles du poumon. L'expectoration albumineuse ou l'œdème aigu du poumon consécutif à la thoracentèse joue ici le rôle le plus considérable. En dehors de la perméabilité anormale des vaisseaux, l'auteur admet comme cause de l'œdème pulmonaire aigu et de l'expectoration albumineuse les lésions du cœur et les lésions pleuro-pulmonaires du côté opposé, principalement aussi l'immobilisation du médiastin, l'absence de déplissement du poumon opposé au côté ponctionné. Cette perte de mobilité du médiastin et du déplissement pulmonaire peuvent dépendre d'une pleurésie sèche ou exsudative de la plèvre opposée ou d'une dilatation du cœur ou enfin d'une médiastino-péricardite fibreuse. Cette adhérence du cœur au péricarde et la médiastino-péricardite sèche n'ont pas suffisamment attiré l'attention jusqu'à présent.

Ortner signale encore des cas d'œdème pulmonaire aigu qui se sont produits après l'accouchement prématuré artificiel et après une opération abdominale faite dans le but de faire disparaître les effets d'un rétrécissement intestinal et notamment un météorisme énorme. Dans ces cas, le diaphragme a cessé de refouler les poumons et le sang s'est précipité avec trop de violence dans les vaisseaux pulmonaires, par suite d'un affaiblissement des fonctions cardiaques. Lorsqu'après une thoracentèse il se produit un œdème aigu du poumon, il existe d'abord une perméabilité anormale des vaisseaux du poumon comprimé et souvent une insuffisance cardiaque qui constitue une cause adjuvante. Par suite de la décharge subite de la circulation pulmonaire, le sang coule en plus grande abondance au cœur gauche qui est alors insuffisant, il existe une disproportion entre le travail du cœur gauche et le travail du cœur droit, d'où l'œdème pulmonaire.

L'œdème pulmonaire se produit alors d'autant plus facilement et plus abondamment qu'il existe en même temps des lésions qui rendent impossible ou insuffisante une mobilisation compensatrice du médiastin. Il faut tenir compte ici de la pleurésie du côté du thorax non ponctionné et de la dilatation énorme du cœur, parfois aussi de la médiastino-péricardite fibreuse. C'est ce qu'a constaté Ortner dans un certain nombre de cas où il a observé l'expectoration albumineuse et l'œdème aigu du poumon après la thoracentèse. De là certains conseils qu'il donne pour cette opération.

Avant de pratiquer la thoracentèse, il faut non seulement évaluer l'énergie fonctionnelle du cœur, mais se demander si le médiastin a conservé sa mobilité.

Si l'on trouve, outre la pleurésie à ponctionner, une pleurésie sèche ou avec épanchement du côté opposé, ou une péricardite avec adhérence du cœur, ou si l'on suppose quelque complication pouvant entraver la mobilité du médiastin, on peut admettre que l'œdème aigu du poumon se produira d'autant plus facilement après la thoracentèse. Il faudra alors évacuer le liquide très lentement après avoir donné un traitement tonique pour le cœur, de l'alcool, de la digitale et s'arrêter dans le cas d'immobilisation du médiastin par une pleurésie sitôt que le malade est pris de quinte de toux.

Ortner signale encore certains caractères de l'expectoration dans l'œdème du poumon. Dans un cas l'expectoration renfermait en quantité des spirales de Curschmann ; dans un autre le malade expectorait des moules fibrineux. Ce fait a été observé par d'autres auteurs. La formation de ces moules fibrineux des bronches s'explique par la coagulation du liquide de l'œdème transsudé dans les alvéoles. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 novembre. — Présidence de M. Van Tieghem.

Recherches sur l'alcoolisme aigu ; dosage de l'alcool dans le sang et dans les tissus (1). — M. N. Gréhant. Les recherches que j'ai entreprises sur l'alcoolisme aigu ont consisté à faire pénétrer dans l'estomac des animaux, à l'aide d'une sonde œsophagienne et d'une burette graduée, un volume mesuré d'alcool à 10 p. 100, puis à faire successivement plusieurs prises de 10 cc. de sang dans une artère ; chaque échantillon a été injecté dans un ballon-récipient uni par un tube réfrigérant avec une pompe à mercure : deux appareils semblables ont été montés et ont permis d'obtenir rapidement la distillation et la dessication du sang.

J'ai fait le dosage de l'alcool par le procédé volumétrique au bichromate de potasse dû à mon élève et préparateur M. Nicloux, qui donne des résultats exacts comme on peut le reconnaître par l'épreuve suivante : j'ai composé à part deux mélanges très étendus d'alcool et d'eau distillée à proportions bien mesurées, l'un à 1/1.500, l'autre à 1/2000. Or ces mélanges, ayant été soumis au procédé de dosage, ont donné pour l'alcool les nombres 1/1430 et 1/1920 ; l'erreur relative est comprise entre 1/10 et 1/20 ; elle est négligeable et les résultats obtenus dans mes recherches comparatives ne peuvent pas être contestés.

Expérience I. — Chez un chien dogue du poids de 11 kilog. 7, à jeun depuis vingt-quatre heures, on injecte dans l'estomac en vingt minutes 5 cc. d'alcool absolu par kilogramme, ce qui fait 585 c.c. d'alcool à 10 p. 100.

Une demi-heure après l'injection, on fait une première prise de 10 cc. de sang qui est soumis à la distillation et l'on a fait dix prises de sang de demi-heure en demi-heure ; il a fallu travailler avec beaucoup d'activité pour obtenir par la distillation et par le dosage les résultats suivants :

	Alcool absorbé dans 100 cc. de sang. cc.
Une demi-heure	0,4
Une heure	0,5
Une heure trente minutes	0,58
Deux heures	0,57
Deux heures trente minutes	0,6
Trois heures	0,57
Trois heures trente minutes	0,57
Quatre heures	0,56
Quatre heures trente minutes	0,53
Cinq heures	0,51

Ce tableau est très instructif : il montre qu'à partir d'une heure et demie après l'injection dans l'estomac, jusqu'à quatre heures après, la proportion d'alcool dant le sang est constante, égale à 0 cc. 57 ; la courbe qui représente les résultats offre un long plateau parallèle à la ligne des abscisses ; c'est la période d'ivresse profonde. Aussitôt que la proportion d'alcool baisse dans le sang, quatre heures et demie et cinq heures après l'injection, l'animal fait des efforts continuels pour se relever, mais il retombe sur le sol et ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'heures qu'il est complètement rétabli.

L'alcool ne se trouve pas seulement dans le sang, mais on peut le retirer des tissus qui en sont tous imprégnés.

Expérience II. — Chez un chien du poids de 11 kilog. 6, on injecte dans l'estomac 580 cc. d'alcool à 10 p. 100 ou 58 cc. d'alcool absolu, 5 cc. par kilogramme ; trois heures après l'injection, qui a duré un quart d'heure, on sacrifie l'animal par hémorragie de l'artère carotide ; on a obtenu 505 cc. de sang ; l'animal n'a point présenté les convulsions de l'anémie ; 100 cc. de sang renfermaient 0 cc. 52 d'alcool absolu.

L'estomac contenait 383 grammes de liquide que l'on a distillé et le dosage de l'alcool a donné 2 cc. 3 d'alcool absolu tandis que le contenu de l'intestin grêle a donné seulement 0 cc. 8 d'alcool, de sorte que 58 — 3,1 c'est-à-dire 54 cc. 9 d'alcool absolu ont été absorbés en trois heures un quart.

Le cerveau qui pesait 70 grammes a été haché et introduit dans un ballon-récipient ; le dosage de l'alcool calculé pour 100 grammes de cerveau et de différents tissus a donné :

	Alcool absolu. cc.
Cerveau	0,41
Muscles	0,33
Foie	0,325
Reins	0,39

On a pu détacher de l'animal la plus grande partie des muscles dont le poids a été trouvé égal à 3 kilog. 6 ; 100 grammes de muscles renfermaient 0 cc. 33 d'alcool absolu ; 3 kilog. 6 contenaient 11 cc. 9 d'alcool.

Les données numériques que j'ai obtenues et que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie des Sciences serviront de base à mes recherches ultérieures sur l'alcoolisme.

Des relations existant entre les actions diurétiques et les propriétés osmotiques des sucres (1). — MM. E. Héron et J. Arrous. On sait par les expériences de Moutard-Martin et Ch. Richet (*Arch. de physiol.* 1881) que les sucres possèdent en injection intraveineuse des propriétés diurétiques extrêmement énergiques.

L'un de nous a repris ces expériences pour déterminer dans tous leurs détails les conditions de cette diurèse. Il

(1) Travail du laboratoire de physiologie générale du Muséum d'Histoire naturelle.

(1) Travail du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier.

ressort de cette étude : 1° que les sucres ne sont toxiques qu'à des doses extrêmement élevées et qu'on peut impunément en injecter de grandes quantités dans les vaisseaux sans amener d'accidents ni immédiats, ni consécutifs ; 2° qu'il existe une dose et une concentration optima à laquelle la polyurie provoquée est maximum (pour le glycose 10 grammes par kilogramme d'animal, en solution à 25 p. 100) ; 3° qu'il y a un rapport relativement fixe entre la quantité du liquide injectée et la quantité de liquide éliminée (rapport que nous désignons sous le nom de *coefficient diurétique*) ; 4° que pour une même dose et une même dilution les diverses sortes de sucres ont une activité diurétique différente.

Cette dernière notion, qui jusqu'ici ne paraît avoir été envisagée par aucun expérimentateur, se dégage très nettement des expériences comparatives que nous avons faites d'abord avec les sucres les plus usuels et que nous avons étendues ensuite à toute la série des aloools polybasiques. Pour comparer les sucres entre eux au point de vue de leur action diurétique, nous pouvons nous appuyer sur la donnée du coefficient diurétique. En effet, ce coefficient, que nous désignerons désormais, pour abréger, par la lettre D, est, entre certaines limites, indépendant de la quantité de sucre injectée et relève uniquement de la nature du sucre et du titre de la solution employée. Ainsi pour le glycose, ou solution à 25 p. 100, D = 2,8 en moyenne pour toutes les doses comprises entre le seuil de l'action diurétique jusqu'à des doses de 10 grammes par kilogramme et même au-dessus. Il est donc facile de calculer *a priori* la quantité d'urine que doit rendre un animal auquel on injecte un volume déterminé de la solution sucrée à 25 p. 100. Mais ce coefficient varie avec la dilution. Ainsi, pour le glycose, il devient 4,8 p. 100 à 50 p. 100, et 1 p. 100 à 10 p. 100, c'est-à-dire qu'il s'élève et s'abaisse avec les concentrations. Pour appliquer la notion du coefficient diurétique à une étude comparative de la diurèse produite par les différents sucres, il faut donc comparer les effets de solutions de même concentration. Or, en employant la solution à 25 p. 100, D = 2,8 pour le glycose, 2,4 pour le lévulose et le galactose, 2 pour le saccharose, 2,2 pour le lactose et le maltose. Il y a donc une différence très notable entre les différents sucres : ainsi, 40 cc. d'une solution de glycose à 25 p. 100 amène l'élimination de $40 \times 2,8 = 112$ cc. ; un volume égal de la solution de sucre de canne à 25 p. 100 donne seulement $40 + 2 = 80$ cc.

Si maintenant l'on remarque que pour les sucres qui viennent d'être énumérés les coefficients les plus forts appartiennent à des hexoses et les plus faibles à des saccharoses, il est naturel de penser que les différences d'activité diurétique de ces sucres sont en rapport avec les différences de leurs poids moléculaires et de leur pression osmotique, relation déjà signalée d'ailleurs par Limbeck pour différents sels. Effectivement, en déterminant, par la méthode de Hamburger, les concentrations isotoniques de ces sucres, nous avons trouvé 5 p. 100 pour le sucre de canne, le lactose, le maltose, et 2,6 p. 100 pour le glycose, le lévulose, le galactose. La relation entre les effets diurétiques et la tension osmotique des sucres ressort avec encore plus d'évidence, si l'on compare aux sucres précédents d'autres sucres de poids moléculaire plus fort ou plus faible ; on voit leur activité diurétique suivre exactement l'ordre de leur classement. Ainsi le raffinose (trihexose) est peu diurétique (D = 0,9) et possède une tension osmotique faible (coeff. isotonique = 7,5), et pour des hydrocarbonés plus condensés (dextrine) la diurèse est à peu près nulle. Par contre, pour un pentose, l'arabinose, D s'élève à 3,4, le coefficient isotonique étant 2,2 ; et avec l'érythrite, alcool tétrabasique, dont le coefficient isotonique est 1,8, D atteint 4. Mais l'érythrite marque la limite supérieure de la série, car l'alcool tribasique qui le précède immédiatement, la glycérine, a une activité diurétique bien plus faible et, de plus, détruit les globules rouges à n'importe quelle concentration. Il en est de même du glycol, alcool bibasique.

On remarquera qu'en multipliant les poids moléculaires des divers sucres par le même coefficient 1,5/100, on arrive exactement, ou à très peu près, aux valeurs des coefficients isotoniques obtenues expérimentalement.

D'autre part, en étudiant les divers sucres au point de vue de leur équivalent endosmotique dans des conditions rendant les observations comparables, nous avons trouvé encore, à ce point de vue, de notables différences, également en rapport avec les différences d'action diurétique. Ces équivalents étaient : saccharose 8,5 ; raffinose 11,2 ; glycose 5,3 ; érythrite 3,8.

On voit donc que l'activité diurétique des sucres croît en raison directe de leur tension osmotique et en raison inverse de leurs poids moléculaires.

Si des sucres ayant le même poids moléculaire et la même pression osmotique ne possèdent pas cependant exactement le même coefficient diurétique, cela tient vraisemblablement, entre autres facteurs, à ce qu'il existe entre eux des différences dans les quantités consommées par l'organisme pendant le temps de la diurèse. On peut penser aussi à d'autres causes se rattachant à la structure moléculaire des sucres ; ainsi la mannite dont le poids moléculaire (182) est très voisin de celui du glycose (180), a cependant un coefficient diurétique plus élevé (3,2) ; or, de ces deux sucres, le premier possède une fonction alcool, le second une fonction aldéhyde. Pour ces mêmes motifs on ne saurait parvenir à égaliser tous les coefficients diurétiques en injectant les divers sucres en concentration isotonique, c'est-à-dire en variant les solutions de façon que chacune d'elles renferme le même nombre de molécules, bien que dans ces conditions ces coefficients se rapprochent. Ainsi, pour une solution de saccharose à 50 p. 100, D s'élève à 4, mais il s'en faut de beaucoup qu'on atteigne ce chiffre avec une solution de glycose à 27 p. 100.

La toxicité des sucres paraît aussi d'une manière générale en rapport avec leur poids moléculaires, de telle sorte que les plus diurétiques sont aussi les plus toxiques. Car si l'équivalent toxique du sucre de canne s'élève jusqu'à 30-35 grammes par kilogramme d'animal (toxicité immédiate), celui du glycose chimiquement pur est 20-25 grammes ; et avec l'arabinose et l'érythrite, la dose de 5 grammes par kilogramme tue généralement les animaux dans les vingt-quatre heures. L'absence certaine de tout accident après injection intraveineuse de doses modérées (5-10 grammes par kilogramme) de glycose, saccharose, lactose ou solution à 25 p. 100, nous a enhardis à pratiquer de telles injections chez l'homme dans le but de provoquer une diurèse intense et immédiate. Les résultats en ont été entièrement satisfaisants, et il n'est pas douteux pour nous que ces injections intravasculaires de sucres ne soient appelées à rendre de grands services en thérapeutique dans certains cas.

Sur la lipase à l'état pathologique. — M.M. Ch. Achard

et A. Clerc. Parmi les ferments du sang, le ferment saponifiant des graisses ou *lipase*, étudié par M. Hanriot, est celui qui se prête le mieux aux recherches cliniques. Son acrivité, en effet, se laisse facilement mesurer, avec une précision suffisante et au moyen d'une petite quantité de sérum. En suivant le procédé indiqué par M. Hanriot, c'est-à-dire en faisant agir le sérum sur la monobutyrine en solution exactement neutralisée, et en opérant à 37°, nous avons trouvé qu'à l'état normal la moyenne de l'activité lipasique du sérum humain est de 18, d'après les chiffres variant de 16 à 20, obtenus chez six sujets qu'on pouvait considérer comme étant en bon état de santé.

En étendant nos recherches à divers malades, nous avons pu constater de grandes variations en plus ou en moins. Pour fixer les idées, nous dirons que le sérum est *ortholipasique* quand le taux de son activité se trouve compris entre 15 et 20, *hyperlipasique* quand ce taux s'élève au-dessus de 20, *hypolypasique* quand il est inférieur à 15.

Le groupe de l'hyperlipasie, dans lequel le taux varie de 20 à 30, compte, sur 9 sujets, 7 diabétiques, 1 obèse et 1 myxœdémateux. L'exagération de l'activité lipasique paraît donc fréquente dans le diabète ; elle n'est pas liée cependant à l'insuffisance glycolytique, c'est-à-dire à l'incapacité où se trouvent les tissus de fixer et d'utiliser le glycose, car nous avons constaté cette insuffisance glycolytique chez des sujets n'ayant pas d'hyperlipasie, et tous les diabétiques ne sont pas non plus hyperlipasiques. D'ailleurs, dans le diabète, le pouvoir lipasique s'abaisse quand la cachexie progresse.

Dans le groupe de l'ortholipasie se rangent des affections fort diverses, aiguës et chroniques (fièvre typhoïde, pneumomie, congestion pulmonaire, ictère catarrhal, affections cardiaques, mal de Bright, tuberculose, tabes, etc.). Sur les 20 cas de cette catégorie, les affections aiguës ne comptent que 2 cas mortels, et les affections chroniques étaient compatibles avec une assez longue survie.

Dans l'hypolipasie, on peut distinguer deux degrés :

Le premier, dans lequel le pouvoir lipasique est compris entre 15 et 10, montre déjà une tendance plus grande à la gravité des maladies. Sur 14 cas, en effet, nous relevons : 1 pneumonie mortelle, 1 autre grave, avec ictère, 1 cancer, 1 ostéosarcome, 2 tuberculoses avancées, 1 ulcère gastrique terminé par perforation.

Au deuxième degré, dans lequel le pouvoir lipasique peut descendre jusqu'à 5, nous ne trouvons plus guère que des cas mortels à brève échéance. Les affections aiguës, au nombre de six (pneumonie, rhumatisme avec cardiopathie, septicémie avec abcès pulmonaires, phtisie aiguë), se sont terminées par la mort, sauf une fièvre typhoïde grave, compliquée d'albuminurie, de troubles cardiaques, d'hémorragies intestinales et de phlegmon streptococcique. Et parmi les malades atteints d'affections chroniques, au nombre de seize, la plupart ont succombé à l'hôpital : il s'agissait de phtisie avancée, de cancer, de dégénérescence amyloïde consécutive à un abcès du foie, de péricardite brightique. Un seul sujet, urémique, a quitté vivant l'hôpital, mais presque mourant. Un autre, atteint d'abcès tuberculeux multiples, se trouve encore à l'hôpital, mais se cachectise progressivement.

La diminution extrême du pouvoir lipasique présente donc une certaine valeur pronostique et peut être tenue pour un signe de fâcheux augure.

Nous ne connaissons pas bien encore le mécanisme de ces variations de l'activité lipasique. L'inanition ne semble pas être le seul facteur de l'hypolipasie constatée chez nos malades, dont plusieurs continuaient de s'alimenter assez bien.

Le taux de l'excrétion d'urée paraît être tout à fait indépendant de celui du pouvoir lipasique.

L'ingestion répétée de corps thyroïde, chez deux sujets, l'un obèse, l'autre myxœdémateux, a été suivie d'un abaissement de l'activité lipasique.

La lipase agissant *in vitro* sur les graisses, on pouvait se demander si l'augmentation de son activité jouait un rôle dans l'amaigrissement, et sa diminution dans l'engraissement. Or, d'une façon générale, ce sont les sujets obèses, bien nourris, florissants, qui ont, au contraire, un taux assez élevé, alors que les malades cachectiques, amaigris, ont un taux peu élevé. Mais il ne faut pas oublier que l'obésité et la maigreur ne dépendent pas seulement de la destruction des graisses, mais aussi de leur production ; que, de plus, la lipase ne fait que dédoubler les graisses en acides gras et glycérine, sans les brûler complètement ; enfin, si nous connaissons la lipase dans le sang mort, en dehors de l'organisme, nous ignorons comment elle agit, et même si elle agit, au sein des tissus suivants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre. — Présidence de M. Panas.

M. Vallin présente de la part de MM. Schneider, médecin aide-major, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire d'Oran et Buffard, vétérinaire de l'armée, un travail sur la dourine, maladie transmise par le coït chez le chien, le cheval et le lapin. Le trypanosome, trouvé dans le sperme, se transmet également du mâle à la femelle et de la femelle au mâle.

Prophylaxie de la syphilis par le traitement. — M. A. Fournier termine sa communication commencée dans la dernière séance. Il serait nécessaire que les consultations hospitalières fonctionnassent avec le système des fiches individuelles qui existe déjà dans quelques policliniques. En ce qui concerne la syphilis ce système est indispensable ; il rappelle d'ailleurs très rapidement au médecin l'histoire de son malade sans l'obliger à renouveler à chaque consultation l'interrogatoire

L'innovation la plus souhaitable est celle-ci : L'idéal serait qu'une consultation hospitalière pour la syphilis se rapprochât le plus possible de ce qu'est en ville une consultation du même ordre. Le temps consacré à la consultation ne serait pas plus long, il suffirait pour cela de modifier l'aménagement, de disposer quelques cabines ou les malades pourraient se déshabiller ou se rhabiller isolément.

On n'exclurait en rien de ces consultations, le public médical autre que celui attaché directement au service. Les consultants ne sont nullement choqués de la présence des médecins, ce qui leur est intolérable, c'est le public des consultants, c'est la foule et la curiosité malsaine qu'ils croient voir sur la figure des gens qui les entourent.

Il faudrait créer un certain nombre de consultations hospitalières confiées à des médecins qui n'auraient pas d'autre service. Le personnel de ces consultations serait

recruté par un concours spécial qui ne donnerait par suite que des hommes compétents.

M. Fournier formule un certain nombre de propositions qui résument sa communication et qui seront discutées dans la séance prochaine. Ces propositions sont les suivantes :

Au nom du bon sens et de l'expérience, les mesures administratives qui constituent actuellement notre unique sauvegarde contre la syphilis et les maladies vénériennes sont d'une insuffisance absolue. Elles réalisent le peu de bien qu'il leur est permis de réaliser, mais elles ne peuvent donner plus.

Dans l'état actuel des choses, notre organisation législative pour le traitement de la syphilis est-elle comprise et dirigée comme elle pourrait et devrait l'être? Non, car c'est non pas avec des hôpitaux qu'on peut traiter et stériliser la syphilis, mais bien avec un système fortement organisé de consultations externes. Or, telles qu'elles fonctionnent actuellement, nos consultations hospitalières pour la syphilis sont bien plutôt faites pour en détourner les malades que pour les y appeler et les y retenir, et cela parce que les consultations sont insuffisantes comme nombre et par conséquent encombrées à l'excès; parce que, au lieu d'être gratuites, elles sont pécuniairement onéreuses pour les malades, parce que, sous leur forme actuelle, elles sont déplaisantes, désobligeantes, inconvenantes, vexatoires, odieuses par la confession forcée et publique de la syphilis.

Conçu dans un tout autre esprit le traitement prophylactique de la syphilis devrait avoir pour organe des dispensaires rattachés à nos hôpitaux, dispensaires multiples, méthodiquement répartis dans les divers quartiers de la capitale, fonctionnant à jours et heures propices aux malades, voire peut-être le soir si une expérience tentée en ce sens était bien accueillie du public parisien, fonctionnant avec distribution gratuite de médicaments, avec le système expéditif et indispensable des fiches individuelles, offrant à tout malade, au verso de chaque ordonnance, une instruction élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la syphilis non pas seulement pour lui-même, mais par rapport à autrui.

Surtout il faudrait qu'à l'intolérable système de la consultation publique par fournée fut substituée la consultation individuelle, privée, secrète. Je réclame énergiquement, pour le consultant d'hôpital, le privilège jusqu'alors accordé seulement au client de ville, du tête à tête avec le médecin.

Devenant le pivot du système que je propose, la consultation externe constituerait un service exclusif de tout autre, confié aux médecins titulaires des hôpitaux.

Il y avait intérêt général comme intérêt scientifique à ce que le traitement de la syphilis et des maladies vénériennes fût confié à un personnel médical qui, à tous les degrés de l'échelle hiérarchique, serait recruté par concours spéciaux et que le service médical eût son autonomie à la façon du corps des accoucheurs des hôpitaux.

En un mot, il conviendrait que dans cette organisation nouvelle, tout convergeât vers cet objectif, la prophylaxie.

Rapports de prix. — M. Porak lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours des prix de l'hygiène de l'enfance.

Sur les variations de l'état électrique des muscles chez l'homme sain et malade. — M. Mendelssohn résume un travail dont voici les conclusions. Les phénomènes électriques qui se produisent pendant la contraction musculaire sont dus à l'activité du muscle et subissent avec cette dernière des modifications sous l'influence du processus morbide. Les variations de l'état électrique du muscle sont en rapport avec la contractilité, avec l'excitabilité électrique et avec l'étendue du pouvoir moteur du muscle et sont influencées très sensiblement par les troubles nutritifs du muscle.

Il existe un parallélisme complet entre les manifestations mécaniques et les phénomènes galvaniques de l'activité musculaire et il existe une analogie frappante entre la courbe myographique et la courbe galvanométrique construite d'après les données fournies par la déviation de l'aiguille du galvanomètre.

Il y a un avantage à enregistrer en clinique l'énergie électrique comme toute autre énergie du reste. Les transformations de l'énergie potentielle en rapport avec les modifications des échanges dans l'organisme malade peuvent fournir des indications importantes pour le diagnostic des maladies nerveuses.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Porak.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 septembre 1899. — Présidence de M. Raymond.

Traitement de la morphinomanie. — M. Linossier. Un homme de 30 ans, névropathe et graveleux, qui s'injectait journellement 40 centigrammes de morphine, ayant pris la fièvre typhoïde, je tentai, au cours de cette maladie, qui fut longue et particulièrement grave, la suppression graduelle du poison. Le malade ne s'en aperçut absolument pas et continua à s'injecter des solutions de plus en plus diluées, puis de l'eau claire. Ces injections lui produisaient exactement la même impression de bien-être que celles de morphine. Bien plus, un jour j'injectai moi-même 1 centigramme de morphine, mais sous le nom de caféine. L'effet produit fut nul; une demi-heure après, le malade était obligé de se faire lui-même une soi-disant injection de 3 centigrammes de morphine qui, en réalité, en renfermait 2 milligrammes et éprouvait un bien-être immédiat. Le seul jour où se manifestèrent des symptômes nerveux de démorphinisation fut celui où j'appris au patient, sevré depuis quelque temps en réalité, qu'il ne prenait plus de morphine. Il n'eut de peine à supporter l'abstinence que du moment où il la connut.

Retombé quelques mois après dans ses mauvaises habitudes, il prit jusqu'à 1 gramme de morphine par jour. Il se soumit à nouveau à la démorphinisation lente, volontairement cette fois, mais dans la conviction, tirée de la première expérience, qu'il n'en éprouverait aucun malaise. Et, en effet, il n'éprouva rien, probablement à cause de cette conviction même.

Cette observation confirme le rôle attribué par M. Joffroy, dans la précédente séance, à l'influence psychique dans la genèse des accidents de la démorphinisation. Je suis persuadé que la notion, très répandue dans le public, de la difficulté et des dangers de cette pratique, contribue beaucoup et à la rendre difficile, et à confirmer bien des morphinomanes dans leurs fâcheuses habitudes.

M. Joffroy. — Tenter la démorphinisation pendant l'évolution d'une affection aiguë est chose assez délicate. Chez le malade dont j'ai entretenu la Société dans la dernière séance, et qui était tuberculeux, j'ai pu constater, en effet, que lorsque j'essayais la démorphinisation la tuberculose subissait une poussée plus ou moins aiguë.

M. Le Gendre. — On constate cependant souvent chez les phtisiques arrivés aux derniers degrès de la consomption un retour momentané, mais très remarquable, des forces, lorsqu'on soumet ces malades à la morphine.

M. Ballet. — La démorphinisation rapide, chez un tuberculeux que je soignais avec M. Rendu, s'est faite sans aucun inconvénient au point de vue de la tuberculose. J'avoue néanmoins que j'avais quelques craintes en commençant le traitement.

M. Rendu. — M. Le Gendre a parlé de tuberculeux auxquels on donne de la morphine dans un but thérapeutique, à la période ultime de leur maladie, et qui s'en trouvent très bien; mais ce ne sont pas des tuberculeux morphinomanes, et c'est de ceux-là seulement qu'il s'agit dans cette discussion.

M. Rénon dit qu'il a fait la démorphinisation chez un tuberculeux devenu morphinomane au cours de sa tuberculose, sans qu'il en soit résulté aucun inconvenient. Ce cas confirme donc ce que vient de dire M Ballet.

Névrose tachycardique post-traumatique. — M. Merklen présente un homme de 38 ans, qui porte depuis l'enfance une affection valvulaire — peut-être consécutive à une rupture — avec endocardite chronique secondaire, et qui s'est progressivement aggravée et compliquée sous l'influence de poussées rhumatismales légères mais répétées, de la grippe et aussi d'une intoxication alcoolique lente, entretenue par les essais de vin auxquels l'oblige sa profession.

Il est actuellement atteint d'une double insuffisance mitrale aortique, probablement d'une péricardite chronique partielle, enfin d'un anévrysme de l'aorte.

Cette grosse et complexe cardiopathie est parfaitement tolérée, puisqu'elle est compatible avec une existence extraordinairement active, et qu'elle ne se traduit par aucun signe d'insuffisance cardiaque. Par contre, elle est associée à une prédisposition aux crises de tachycardie qui surviennent sous l'influence des causes les plus diverses, physiques et morales. Cette disposition s'est trouvée mise en éveil et entretenue par le réveil des lésions endo-péricarditiques et surtout par une poussée d'aortite pré-anévrysmatique. Ainsi peut s'expliquer la tachycardie continue qui a duré près de deux ans et dont la disparition a coïncidé avec l'apparition des signes d'un anévrysme de l'aorte.

Il est difficile, dit M. Merklen, de considérer la tachycardie comme une conséquence directe des lésions organiques du cœur, puisqu'elle est transitoire et intermittente. Elle semble tenir plutôt à une susceptibilité particulière des centres nerveux cardiaques, créée ou développée par l'accident initial. Je veux parler d'une compression du thorax assez violente pour avoir provoqué une syncope suivie de palpitations. Qu'elle qu'ait été la lésion produite par ce traumatisme, il est certain qu'il en est résulté un violent ébranlement des nerfs sensitifs et des centres nerveux cardiaques, cause provocatrice d'une sorte de névrose que la moindre excitation met encore en éveil. Une poussée d'aortite sur un pareil terrain devait naturellement déterminer de la tachycardie, et comme il s'est agi d'une irritation prolongée des parois aortiques et des plexus nerveux péri-aortiques, la tachycardie a duré autant qu'elle, satellite plutôt que symptôme direct de la lésion. L'asthmatique a des crises d'asthme de courte durée sous l'influence de causes accidentelles, des crises prolongées qui durent des semaines et des mois sous l'influence d'une bronchite. Il peut en être de même du tachycardique dont les accès sont plus ou moins durables, suivant la nature et la persistance de l'excitation qui leur donne naissance.

Un phénomène paradoxal existe chez ce malade, c'est la tolérance parfaite du cœur pour la tachycardie qui contraste avec les malaises accompagnant la cessation de cette tachycardie. On peut peut-être l'expliquer de la façon suivante : La tachycardie purement fonctionnelle, ne dépendant pas d'une insuffisance cardiaque, peut passer inaperçue, le travail du cœur étant constant dans l'unité de temps, par suite de l'adaptation forcée des contractions du cœur à leur fréquence.

Si le cœur est fatigué par une course, un effort, les nerfs cardio-accélérateurs sont épuisés, le pouls tombe de 150 à 72; mais les cardio-toniques le sont aussi, la force des contractions n'augmente que pour suppléer à la diminution de nombre : de là, les symptômes d'angoisse et de dyspnée.

Dangers des injections sous-cutanées de sels mercuriels insolubles. — M. Gaucher. Je lutte depuis plusieurs années contre l'emploi des préparations de sels insolubles de mercure en injections sous-cutanées.

Le 27 octobre 1899, je fus appelé par le Dr Jules Noël pour voir un homme de 50 ans, qui, dans le cours d'une paraplégie durant depuis cinq mois, a été atteint d'une éruption érythémateuse, scarlatiniforme, généralisée, accompagnée de diarrhée, de vomissements, et d'un état général des plus graves. Le malade est couvert de larges plaques rouges, légèrement tuméfiées, dont quelques-unes sont déjà squameuses, dont d'autres sont couvertes de fines vésicules eczématiformes. Cette éruption, qui a débuté il y a sept jours par la face, s'est étendue de haut en bas et occupe aujourd'hui, non seulement la face, où elle commence à s'atténuer, mais aussi le cou, le thorax, l'abdomen, le dos et les membres.

La première impression est celle d'une éruption d'origine toxique, et cette impression est confirmée par les autres symptômes. Les gencives et la langue sont tuméfiées, couvertes d'une salivation visqueuse et fétide; depuis six à sept jours il a une diarrhée abondante, parfois sanguinolente; le lait, même glacé, n'est plus digéré; il y a des vomissements incessants et même des vomissements porracés; le pouls est filiforme, sans aucun signe de péritonite. Les urines sont rares, mais ne contenaient pas d'albumine les jours précédents. Le malade est dans un état d'affaiblissement et d'hébétude voisin du coma.

Cet ensemble symptomatique ressemble tellement à une intoxication, surtout à une intoxication mercurielle, que je m'enquiers des médicaments prescrits. J'apprends qu'on a donné de l'iodure de potassium, mais qu'on l'a cessé depuis quelque temps; que le malade ne prend plus de mercure actuellement, mais qu'on lui a fait, *quatre mois auparavant, trois injections de calomel* de 5 centigrammes chacune, à cinq jours de distance, injections prescrites par un médecin appelé en consultation par la famille.

Le lendemain de notre visite, l'éruption scarlatiniforme se généralise en devenant encore plus rouge; la prostration

augmente; le pouls n'est plus perceptible à la radiale malgré les injections de caféine; le malade a plusieurs syncopes et succombe avec tous les symptômes d'une intoxication progressive.

Je crois qu'il est impossible, dans ce cas, de faire un autre diagnostic que celui d'intoxication mercurielle.

On pourra s'étonner que l'empoisonnement ne se soit produit qu'au bout d'un temps aussi long, quatre mois après les injections. Mais on sait que la dissolution des sels mercuriels insolubles, injectés dans les tissus, se fait d'une façon très irrégulière. Les masses injectées peuvent s'enkyster et rester inertes pendant longtemps, pour se dissoudre ensuite, toutes ensemble, très rapidement. Là est précisément le danger des injections de calomel et c'est ce qui s'est produit dans ce cas. C'est pourquoi je préfère de beaucoup aux injections de sels insolubles les injections mercurielles solubles, qu'on peut graduer à volonté et dont on surveille facilement les effets.

Toutefois, je ne voudrais pas qu'on donnât à cette communication un autre sens que celui qu'elle doit avoir. Je ne dis pas que les injections de sels mercuriels insolubles sont inefficaces; je dis seulement qu'elles sont très dangereuses. Je reconnais que les injections de calomel ont donné parfois des résultats remarquables dans les mains d'hommes compétents. J'ai vu, dans le service de M. le professeur Fournier, plusieurs cas de guérison presque surprenante par cette méthode thérapeutique. Mais, d'autre part, je crois devoir m'élever une fois de plus contre l'abus périlleux de cette médication, employée sans raison suffisante, à la place d'autres préparations mercurielles qui ne présentent pas le même danger. Puisse cette observation éclairer les médecins intelligents et consciencieux; c'est pour eux que je la publie.

M. Merklen. Je ferai remarquer que le malade avait de la paralysie, de la cystite, des escarres fessières lorsqu'on lui fit ces injections. Et je me demande s'il n'avait pas de l'insuffisance rénale ou toute autre cause rendant l'élimination du mercure difficile.

M. Gaucher. Le malade n'avait pas d'albuminurie, mais il avait un gros foie alcoolique.

M. Variot. J'ai vu une jeune fille qui, à l'occasion d'une seule friction du cuir chevelu avec de l'onguent mercuriel, eut un érythème scarlatiniforme généralisé et des accidents graves.

M. Balzer. J'ai vu, à l'hôpital Saint-Louis, un malade succomber à une intoxication mercurielle, provoquée par l'administration de 50 centigrammes de calomel, comme purgatif.

Chaque fois qu'on donne le mercure à doses massives, on expose le malade à des accidents.

Je crois que chez ce malade il n'aurait pas fallu faire d'injections mercurielles, en raison de son mauvais état général.

M. Gaucher. Je répondrai ceci à M. Balzer :

Les injections de calomel, dit-il, étaient contre-indiquées en raison de la gravité de l'état du malade. — Mais c'est précisément dans ces cas de syphilis grave qu'on les conseille.

Quand on injecte les doses un peu massives, on est exposé à des accidents. — C'est bien mon avis, mais c'est surtout vrai des injections de sels insolubles, et c'est ce que je tiens précisément à mettre en relief.

Mon malade n'avait pas d'albumine, donc intoxication mercurielle improbable. Mais, outre qu'on peut mourir d'accidents du côté du système nerveux, avant que le rein soit pris, je dirai que si le malade en question n'avait pas de l'albuminurie, il avait de l'oligurie.

On a parlé des susceptibilités individuelles, des idiosyncrasies, mot qui cache assez commodément notre ignorance. Mais c'est précisément en raison de ces susceptibilités individuelles qu'il est préférable d'employer des sels solubles. On peut surveiller leur élimination, être toujours sur ses gardes. La seule objection contre les sels solubles, c'est qu'il faut répéter tous les jours l'injection. Mais est-ce une raison suffisante pour faire courir, avec les sels insolubles, des dangers souvent très graves aux malades?

SOCIÉTÉ DU VII[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 27 juin 1899. — *Présidence de* M. Potherat

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Natier fait une communication sur deux nouveaux cas d'épistaxis.

M. Toledano. M. Natier vient de nous dire qu'en touchant la muqueuse nasale avec un tampon imbibé de cocaïne, il avait fait saigner, or, je croyais que la cocaïne était hémostatique?

M. Natier. J'ai frotté intentionnellement, d'où hémorrhagie : au surplus, la cocaine est vaso-constrictive primitivement, puis les vaisseaux se dilatent et saignent plus qu'avant.

M. Monnier. M. Natier aurait bien fait, je crois, d'appliquer, outre le traitement local, une thérapeutique générale telle qu'une révulsion à l'anus, avec des sangsues aux jambes, avec des sinapismes, enfin l'administration de médicaments cardiaques.

M. Natier. En face de l'hémorrhagie nasale, il n'y avait guère à songer à aller ailleurs qu'à la narine pour arrêter le sang.

M. Monnier. Je ne me suis, paraît-il, pas assez clairement exprimé : certes, il fallait avant tout agir au lieu même de l'hémorrhagie; mais celle-ci arrêtée, dans l'intervalle des épistaxis, il fallait établir une thérapeutique préventive et déterminer, par des moyens appropriés, des raptus sanguins aux points éloignés des fosses nasales.

M. Potherat. Le dernier cas de M. Natier est particulièrement intéressant : c'est un sujet nerveux, puisque le bromure a donné d'excellents résultats : de plus, je crois que c'est un cardio-vasculaire, car il avait des varicosités sur la cloison, donc un traitement général dirigé contre cet état spécial des vaisseaux était indiqué.

M. Natier. C'est possible, toutefois ce traitement avait été établi sans succès par d'autres confrères, de plus de jeunes sujets, non cardiaques, ont parfois de ces varicosités.

M Natier présente ensuite un malade d'une cinquantaine d'années, atteint d'une ulcération grisâtre, fétide, excavée, siégeant à droite, en avant de l'épiglotte, à la base de la langue, avec envahissement du larynx : à l'extérieur on sent une masse dure, sans doute un ganglion engorgé; il semble qu'il s'agisse là d'une tumeur maligne.

M. Monnier. Je suis convaincu que si, avec le doigt, on

pouvait toucher cette ulcération, on la trouverait d'une dureté caractéristique ; ce doit être un épithélioma.

M. Natier. Il faut cependant se méfier de ces ulcérations et j'ai observé deux malades, semblant absolument voués à une mort certaine, et qui ont guéri, l'une par le traitement antisyphilitique, l'autre par la trachéotomie.

M. Potherat. Chez des sujets atteints d'une affection en apparence maligne, mais qui, cependant, pourraient être syphilitiques, il faut employer le traitement mixte intensif. Chaque jour, 4 gr. d'iodure et frictions mercurielles; si, au bout de dix à douze jours, il n'y a pas d'amélioration manifeste, cesser et opérer, si possible.

Pour ce malade, l'affection cancéreuse est malheureusement trop probable : cette adénopathie diffuse et dure ne trompe pas. De plus, sa propagation rapide aux cordes vocales nécessitera prochainement la trachéotomie.

Un des secrétaires annuels,
L. Monnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1899. — Présidence de M. Richelot.

Ouverture d'un abcès extra-dural par la trépanation. — M. Broca. Je dois ajouter mes félicitations à celles que M. Schwartz a adressées à M. de Guerne, au sujet de l'observation que celui-ci a envoyée à la Société, et je veux surtout vous citer un cas analogue. Il s'agissait d'un homme auquel j'ouvris d'abord un petit abcès sous-dural pour des symptômes comateux survenus très rapidement. L'amélioration dura une dizaine de jours, puis le coma reparut et je le trépanai de nouveau et ouvris un abcès sous-dural. Le coma s'accentua et je plongeai mon bistouri dans le lobe temporal; il sortit une cuillerée de pus à peu près. Cette fois, la guérison fut définitive.

Résection de la hanche pour coxalgie. — M. Nélaton. Les résections de la hanche pour coxalgie suppurée sont encore assez rares, malgré les indications que l'on en donne dans les classiques; aussi j'ai pu penser qu'il est utile de vous soumettre deux cas que j'ai eu à opérer.

Une femme de 18 ans était traitée depuis deux ans et demi; je lui trouvais des signes de coxalgie non suppurés et je la traitai pendant 16 mois par l'extension continue. Je fis alors la résection de la hanche. J'enlevai la tête fémorale et une étendue d'os iliaque égale à la paume de la main. A la suite de ce sacrifice osseux, j'enlevai la synoviale dans tous ses coins et recoins. La malade guérit en un mois avec une fistule d'où sortit pendant 4 mois un liquide séreux. Actuellement elle marche et ne souffre plus.

Un jeune homme de 15 ans 1/2 vint dans mon service avec de la fièvre et une coxalgie Je fis la résection en tournant seulement la tête qui me paraissait peu malade. J'enlevai toute la synoviale. Il guérit tout de suite avec une fistule séreuse qui dura trois mois. Je le présente avec la malade précédente et s'ils marchent en boitant ils ne souffrent plus.

Je trouve ces résultats bons parce que les coxalgies suppurées guéries radicalement en cinq mois ne sont pas fréquentes. C'est donc une guérison plus rapide que celle donnée par les méthodes conservatrices. Je dirai, de plus, que difficilement les méthodes conservatrices donnent des résultats meilleurs ou même aussi bons que ceux-là.

Les résultats de la résection de la hanche ne sont pas très accrédités parmi nous. C'est que l'on n'agit pas pour la hanche comme on a coutume de le faire pour le genou, c'est-à-dire d'enlever toute la synoviale et tous les tissus malades.

Je dois ajouter que cette résection est une opération grave. Je dois citer un cas de mort rapide dans la nuit suivante, et mes deux malades ont tous deux présenté du choc pendant les premières 24 heures qui suivirent l'intervention.

M. Félizet. Il est une raison qui vient encore appuyer les conclusions de M. Nélaton. La résection, le déblayage de la coxalgie me paraît appelé à un bel avenir. Sur 300 cas je n'ai pas 2 décès. La résection ne doit durer que 25 minutes. Je fais mes sections osseuses en dehors, et grâce au flambage, j'ai des cavités absolument aseptiques.

La guérison se fait en quarante ou quarante-cinq jours. Je parle de tous les âges, depuis 3 ans jusqu'à 16 ans. L'opération doit être très large. 2/3 fémoral et 1/3 fessier, incision inverse en dimension de celle de Langenbeck. Cette incision me montre les nécroses, les séquestres chez l'adulte, mais chez l'enfant c'est le tissu osseux de son col, de son grand trochanter qui est malade. Les lésions sont très grandes et on les diagnostique avant la fièvre et les douleurs. Quand la suppuration apparaît, il est souvent trop tard. La résection de hanche n'est pansée que quinze à vingt jours après l'opération et au 3e ou 4e pansement tout est guéri.

Je ne recherche pas l'ankylose et la jambe flottante est maintenue par un appareil.

Pied bot paralytique. — M. Broca fait un rapport sur un travail adressé par M. Delanglade (de Marseille).

Injections de sérum antitétanique. — Présentation d'une observation par M. Beurnier.

Balle de revolver de la région temporale. — Présentation du malade par M. Mauclaire.

Luxation d'un os semilunaire. — Présentation du malade par M. Mauclaire.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Procédé simple pour combattre l'épistaxis. — D'après M. le Dr Lubet-Barbon, le procédé consiste à utiliser les propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée. Le manuel opératoire est des plus simples.

On prend un petit tampon d'ouate hydrophile, on l'imbibe d'eau oxygénée à 10 volumes, exempte d'acide chlorhydrique. Avec une pince flambée on applique le tampon contre la partie antérieure de la cloison. On le laisse en place 4 ou 5 minutes au plus. Lorsqu'on le retire, l'hémorrhagie est complètement arrêtée.

Deux précautions sont indispensables pour le succès de cette petite manœuvre.

La première est d'avoir une eau oxygénée qui n'a pas perdu ses volumes. En ville, le remplacement en est aisé. Mais à la campagne, il est quelquefois difficile de renouveler sa provision d'eau oxygénée. Or rien n'est plus simple que de lui conserver toute son activité : il suffit de la mettre dans une de ces bouteilles de bière fermant à pression avec un bouchon de porcelaine. On garde ainsi sa

provision d'eau oxygénée intacte, à l'abri de l'air et de la lumière, les deux grands agents de décomposition de l'eau oxygénée.

La deuxième, qui est non moins importante, est de ne pas laisser le tampon en place plus de 4 à 5 minutes, car au bout de ce temps l'ouate, sous l'action de l'eau oxygénée, contracte avec la muqueuse des adhérences de plus en plus intimes, de sorte que lorsqu'on enlève le tampon l'hémorrhagie recommence avec plus d'intensité.

(*Gaz. hebd.*)

Solutions cupriques pour l'usage externe. — 1° En 1863, Notta (de Lisieux) préconisa la liqueur de Villate en injections dans les trajets fistuleux, sous les tissus décollés, dans les abcès froids et les abcès par congestion. Cette liqueur, qui contient 15 gr. de sulfate de cuivre, 15 gr. de sulfate de zinc et 30 gr. de sous-acétate de plomb pour 200 gr. de vinaigre blanc de vin, il la coupait d'un tiers ou de moitié d'eau. La condition absolue du succès, dit-il, est la chronicité; il faut qu'il n'y ait plus trace d'inflammation aiguë, sinon le remède l'aggraverait jusqu'à déterminer un phlegmon. Dans les cas ordinaires, on fait une injection pendant deux, trois, quatre, cinq jours, et l'on s'arrête durant un nombre égal de jours; dans les cas rebelles, on pratique une injection quotidienne pendant un mois. Même ainsi coupée d'eau la solution cuprique provoque bien de la douleur pour toute la journée, mais cette douleur est supportable. Notta estime que la liqueur de Villate, employée de cette façon, agit à la manière des caustiques légers en stimulant vivement le bourgeonnement des plaies.

Certains praticiens ont, en pareil cas, remplacé la liqueur de Villate par des solutions équivalentes. La liqueur cathérétique de Schmalz se compose de :

Sulfate de cuivre.	)	
— de zinc	)	ää 3 grammes.
Verdet		20 —
Mellite de roses.		20 —
Eau.		40 —

Voici la formule de la solution astringente escharotique de Heine :

Sulfate de cuivre.	)	
— de zinc.	)	ää 6 grammes.
Eau distillée.		125 —

M. Ernest Luton (de Reims) a tenté d'opérer la cicatrisation des fistules dans la coxalgie suppurée et dans le mal de Pott par les lavages avec une solution plus faible : la solution d'acétate neutre de cuivre au millième, à laquelle il n'a recours que deux fois par semaine.

2° Les compresses trempées dans l'eau d'Alibour (entre autres ingrédients elle renferme 4 gr. de sulfate de cuivre pour 120 gr. d'eau commune) ont été employées pendant plus de trois siècles contre les contusions et les foulures; la charpie, trempée dans la même préparation coupée de moitié ou d'un tiers d'eau, était le topique à la mode des ulcères variqueux et des plaies purulentes et fétides. L'ouate hydrophile a pris la place de la charpie.

Quesnay appliquait sur les chairs sphacélées des plumasseaux de charpie imbibée d'un mélange d'eau de chaux et d'onguent égyptiac, — lequel onguent, on le sait, est une mixture de sous-acétate de cuivre dans du vinaigre et du miel. Cirillo a recouvert les ulcères syphilitiques de compresses imprégnées d'onguent égyptiac additionné d'eau (10 d'onguent pour 80 d'eau).

3° Jadis on se servait de l'eau styptique d'Alibour dans toutes les ophtalmies chroniques; aujourd'hui les solutions cupriques ne sont plus usitées que contre les conjonctivites catarrhales chroniques et contre les conjonctivites granuleuses.

Dans les conjonctivites catarrhales chroniques, les collyres d'Helvétius et de Guépin, dont les principes importants étaient le sulfate de cuivre et l'alun, le collyre azuré de Scarpa, l'aqua saphyrina de Taylor à l'acétate de cuivre et au sel ammoniac dissous dans l'eau de chaux, le collyre de Lanfranc au verdet et au sulfure jaune d'arsenic macérés avec de l'aloès et de la myrrhe dans du vin blanc coupé d'eau de rose, ont été abandonnés pour les suivants :

Collyres de V. Stœber :

Sulfate de cuivre.	0 gr. 025 à 0 gr. 10.
Eau distillée.	30 grammes.

ou :

Acétate neutre de cuivre. .	0 gr. 05 à 0 gr. 15.
Eau distillée	30 grammes.

Collyre de Sichel :

Sulfate de cuivre	0 gr. 10
Eau distillée.	30 grammes
Laudanum de Sydenham. .	VIII gouttes

Collyre de Debreynn :

Sulfate de cuivre	1 gramme
Eau distillée de roses. . . .	130 grammes
Sulfate de morphine	0 gr. 10

M. Ernest Luton qui n'est partisan que des faibles doses, formule :

Eau distillée	20 grammes
Acétate neutre de cuivre. .	0 gr. 01

S'agit-il d'une conjonctive granuleuse; la dose adoptée de sel cuprique est autrement grande :

Glycérine neutre	10 grammes.
Sulfate de cuivre.	1 —

La paupière étant complètement retournée, on exprime légèrement sur les granulations un pinceau trempé dans cette solution. Malgré les instillations préalables de cocaïne et les fortes irrigations d'eau froide apres l'opération, l'attouchement éveille une réaction des plus pénibles. On le renouvellera aussitôt que l'inflammation qu'il a produite aura disparu, ou bien tous les deux jours, ou même tous les jours. Quand les granulations s'accompagnent de sécrétion purulente, A. Trousseau préfère la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent à 3 0/0; il revient à la glycérine cuprique aussitôt que la sécrétion est tarie.

4° Dans la blennorrhagie chronique, on a injecté la solution à 0 gr. 10 ou 0 gr. 15 de sulfate de cuivre dans 100 gr. d'eau; dans la blennorrhagie aiguë, on conseillerait, à titre de remède abortif, plutot l'injection prescite par Triquet dans le catarrhe aigu de l'oreille :

Sulfate de cuivre	1 gramme
Eau de roses.	100 grammes
Miel rosat.	30 —

Les simples leucorrhées vaginales sont améliorées par l'injection à 0 gr. 10 ou 0 gr. 15 dans 100 grammes d'eau. Dans la vaginite granuleuse, P. Ménière fait prendre matin et soir au lit une injection tiède avec trois quarts de litre d'eau à laquelle il ajoute une cuillerée à soupe de :

Glycérine.	)	
Eau de goudron	)	ää 150 grammes.
Sulfate de zinc		12 —

— de cuivre.	3 —
Chlorure de sodium	45 —
Essence de Wintergreen . . .	XX gouttes.

A. Charpentier et d'autres accoucheurs ont vanté, pendant les huit ou dix jours qui suivent la délivrance, et plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, l'injection (à 36° — 38° centigrades) de la solution :

Eau distillée	1000 grammes
Sulfate de cuivre	5 —

Ce liquide, qu'ils considèrent, après expériences, comme un antiseptique de premier ordre, est d'une innocuité absolue en injections intra-utérines aussi bien qu'en injections intra-vaginales. Il n'est pas douloureux pour les accouchées. Charpentier déclare avoir vu, grâce à cet anti septique, des thrombus volumineux de la vulve guérir et leur foyer se réparer sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

Parlerai-je encore du lavement cuprique récemment prescrit par Sandwith (du Caire) dans la dysenterie aiguë?

Sulfate de cuivre.	1 gramme
Teinture d'opium.	XV gouttes
Amidon.	30 grammes
Eau	1/4 de litre à 1 litre (pour l'adulte)
	2 litres 1/2 (pour un enfant de 3 ans)

Je veux aussi rappeler, en terminant, que Péreira de Fonseca (de Porto), en 1860, injecta avec succès dans la vaginale, après ponction de l'hydrocèle, une solution de 2 à 8 grammes de sulfate de cuivre dans 190 à 250 grammes d'eau.

Je n'insisterai pas sur le traitement de l'impétigo par les lotions d'eau d'Alibour mitigée, je dirai seulement que les lotions avec une solution d'acétate neutre de cuivre à 1 pour 1000 m'ont fourni de beaux résultats.

Dr Liégeois.
(*Journ. des prat.*)

VARIÉTÉS

Pages humoristiques.

Ballade des pauvres mires de Paris.

Au Dr Léon C., de Saint-Robert d'Isère.
Cæsos ulciscere fratres !
(Ovide.)

Ils n'ont rubans ni cols d'hermine
Les pauvres docteurs dont j'écris,
Gens de cœur fier, mais d'humbles prix :
La canaille les abomine,
Et c'est pourquoi je les chéris.
Pour leur redire ma tendresse
Et venger d'injustes décris,
Voici des rimes, que j'adresse
Aux pauvres mires de Paris.

Las ! du mal sournois qui chemine
Entre leurs rangs endoloris
A leur tour seront-ils guéris?
N'est-il point temps qu'on examine
Leurs lots chaque jour amoindris?
Ce pendant leur nombre progresse,
Leurs cheveux tombent, vite gris ;
La misère guette, traîtresse,
Les pauvres mires de Paris.

Ah ! cité que l'argent domine,
C'est à d'autres que tu souris !
Tu veux de brillants favoris :
On t'empaume, vieille gamine,
Avec des ors et des lambris.
Qu'on soit, non pas, mais qu'on paraisse !
Près de ces griots à gri-gris
Que sont, à tes yeux de Cafresse,
Les pauvres mires de Paris?

Ainsi, le sang bourgeois carmine
L'estoc de quelques bistouris :
Les faux « chers maîtres » ont tout pris ;
Toi, faubourien, qu'on élimine,
Attends de vagues panaris !
Ce n'est pas pour toi qu'on s'empresse
D'aligner douros et cauris :
Comme on roule avec allégresse
Les pauvres mires de Paris !

Selon le quartier où la mine,
On les voit choyés ou proscrits,
Comme aux lointains Pondichérys,
Ici paria, là brahmine ;
Des journaux loués ou flétris ;
Car si votre prose caresse
Maint farceur digne de mépris,
Vous mordez, roquets de la presse,
Les pauvres mires de Paris.

Envoi.

Prince, l'hydrargyre extermine
Les rongeurs par tes flancs nourris :
Mais les rastas, gras acaris,
Qui chassera cette vermine
Des pauvres mires de Paris?

(*La chronique médicale*).

Remy Girold,
d. m. p.

NOUVELLES

Ecole de médecine de Clermont. — M. le Dr Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de 3 ans, directeur de ladite école.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Sauvage, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pendant la présente année scolaire, d'un cours de chimie et de toxicologie.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le Dr Bodin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, pendant la présente année scolaire, d'un cours d'anatomie pathologique.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 8 octobre 1899, sont promus ou nommés aux grades et emplois ci-après désignés :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Heuyer, directeur du service de santé de la division d'Oran, en remplacement de M. Willigens ; — Pitot, à l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon, en remplacement

de M. Ferron ; Darricarrère, médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, en remplacement de M. Corties.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Derouet, au 95e d'infanterie, en remplacement de M. Rhein ; — Verdier, au 3e zouaves, en remplacement de M. Lardennois ; — Spire, au 35e d'infanterie, en remplacement de M. Muller ; — Duval, au 67e d'infanterie, en remplacement de M. Chagnaud ; — Gauthier, au 3e dragons, en remplacement de M. Duval ; — Carlier, au 2e régiment étranger, en remplacement de M. Loillier ; — Milliès dit Lacroix, au 71e d'infanterie, 4e bataillon, en remplacement de M. Warion.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Jaulmes, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. de Burine ; — Job, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Mourier ; — Malaval, au 81e d'infanterie, en remplacement de M. Monnot ; — Remend, au 131e d'infanterie, détaché à Belfort, en remplacement de M. Besson ; — Pegurier, au 142e d'infanterie, en remplacement de M. Lévy ; — Fasquelle, au régiment de sapeurs-pompiers à Paris, en remplacement de M. Derouet ; — Azais, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, détaché au 81e d'infanterie, en remplacement de M. Verdier ; — Marie, au 3e chasseurs d'Afrique, en remplacement de M. Spire ; — Chavigny, à l'hôpital militaire de Constantine (bactériologie), en remplacement de M. Duval ; — Finot, à l'escadron de spahis soudanais, en remplacement de M. Carlier ; — Tourtarel, au 2e zouaves, en remplacement de M Milliès dit Lacroix.

— Par décret, en date du 8 octobre 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Castaing.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs Gros, Riou, Cochon, Deboulet, Feyat, Gautrand, Macrez, Ruais, Gauthier, Sudre, Tardif, Boue, Coville, Renard, Daffix, Brun, Cottet, Rousseau (F.-N.-G.), Rousseau (L.-H.-R.), Le Duigou, Neret, Millioz, Pizé, Hery, Champion, Cousteau, Albert, Fontan, Anceau, Lecacheur, Morely, Duval, Pasquier, Héritier, Ruais, Sicard, Dransart, Weill, Viancin, Dumont, Henriot, Sauze, Ayroles, Trouilhet, Sondaz, Galliot, Bernard, Henriet, Jacquin, Francoz, Lamarche, Vuillaume, Eynard, Duhamel, Robardet, Voillemin, Terral, Cany, Faucompré, Chauvet, Chadou.

Nominations. — Un important service scientifique (avec laboratoire dépendant du conservatoire des Arts et Métiers) vient d'être organisé à l'*Office national du commerce extérieur*, c'est-à-dire au Ministère du Commerce.

Ce service a pour mission de poursuivre toutes les études (micrographiques, chimiques, mécaniques) concernant les matières premières et susceptibles d'aider au développement du Commerce et de l'Industrie. C'est dire toute l'importance qu'aura ce service de science appliquée.

Nous apprenons avec plaisir que sa direction vient d'être confiée à l'un de nos confrères.

Le conseil de l'*Office national du commerce extérieur* a, en effet, par un vote unanime, proposé au choix du Ministre du Commerce, comme directeur du service scientifique le Dr Frédéric Heim, docteur ès sciences et agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de Médecine de Paris.

Societé française de tempérance. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 26 novembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Emile Cheysson, inspecteur général des Ponts-et-Chaussées, dans la salle des conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour : Discours de M. Emile Cheysson. Compte-rendu annuel par M. le Dr Emile Philbert, secrétaire général. « Un ennemi national », conférence par M. le Dr Jacquet, médecin des hôpitaux. Proclamation des lauréats.

L'hygiène des chemins de fer. — *L'alcoolisme à la vapeur* : *Les Wagons-Bars dans les Chemins de fer de l'Etat.* — On a bien lu le titre ci-dessus : il est plus que justifié par ce fait que l'*Etat* lui-même a introduit dans ses propres (?) chemins de fer les *wagons-bars* ou *cabarets circulants*, pour lesquels il ne se gêne pas (pourquoi se gênerait-il ? Quand on vend du poison, on n'en saurait trop vendre ! ! . .) de publier et répandre les réclames les plus éhontées, ainsi que nous en donnons ci-après un exemple.

Quand les Compagnies particulières acceptent et encouragent cette déplorable innovation, qui offre à l'alcoolisation en voyage une occasion de plus à ajouter à celle des buffets avec leurs élégantes petites fioles à emporter... cela peut se comprennre, pour autant que cela soit regrettable et condamnable...

Mais que l'Etat.., nous ne disons pas même l'Etat-Providence, mais l'Etat tout court.. n'hésite pas à emboîter le pas... dans cette course effrénée, à la *vapeur* (c'est bien le mot en situation), à l'empoisonnement public, voilà qui dépasse, en vérité — non pas toute compréhension, car pour être l'Etat, il n'en est pas moins sujet à l'oubli de ses devoirs — mais voilà qui défie toute indulgence !... C'est, pour le coup, la prime volante à l'empoisonnement *officiel*; comme si ce n'était pas déjà assez de laisser, sans le moindre souci, empoisonner les citoyens ! Il serait curieux de savoir — comme le demande fort à propos, de son côté, l'excellent journal l'*Alcool*, par la plume de son directeur, M. le Dr Legrain, si l'Etat *paie patente* pour les wagons-bars qu'il a installés sur ses chemins de fer ? Ce qui est certain, c'est que l'Etat, en bon commerçant qu'il est, fait, pour ses buvettes ambulantes, des réclames qui s'étalent, sans vergogne et en promiscuité avec une Compagnie particulière, dans les grands journaux, où nous cueillons la suivante :

Chemins de fer de l'Ouest et de l'Etat.
WAGONS-BARS
1re, 2e et 3e classes
ENTRE
Paris et Auteuil. — Paris et Argenteuil.
Paris et Saint-Germain. — Paris et Versailles.
Paris et Moulineaux. — Paris et la Garenne-Bezons.
Nantes, Pornic, Bordeaux, Royan, etc.
Il n'est perçu aucun supplément pour voyager dans les wagons-bars.
CONSOMMATION AUX PRIX ORDINAIRES (1).
COMMUNICATION OFFICIELLE

Une comparaison édifiante à ce sujet. Un journal *améri-*

(1) Nous sommes personnellement en mesure d'affirmer — et nous avons d'autant plus de plaisir à le faire que ce sont là une exception et un exemple excellents et des plus louables — que la *Compagnie des Chemins de fer de l'Est* s'est opposée jusqu'à pré-

cain, le *Railroad Gazette*, annonce ce qui suit : Les journaux de San Francisco rapportent que la vente des liqueurs aux buvettes a cessé dans toutes les stations du chemin de fer *Southern Pacific*. Cette mesure a été prise à la suite d'un avis donné un an d'avance aux propriétaires des buffets. » Nous savons, pertinement, qu'une mesure semblable a été prise sur les chemins de fer belges ..

Est-ce que la France, oubliant — ce que nous nous empressons de rappeler à l'Etat des *wagons-bars*... qui la représente — qu'elle tient d'ores et déjà, la première place — le *record*, selon l'expression d'actualité — sur la carte *noire* de l'alcoolisme en Europe, tardera longtemps encore à imiter cet exemple, et à cesser cette exploitation qui est non seulement un honteux scandale en son espèce, mais de plus l'encouragement, voire même la participation les plus coupables à une industrie qui s'attaque aux racines mêmes de l'existence nationale ? Et ne se trouverait-il pas, dans notre Parlement, un homme, un citoyen véritablement imbu et pénétré de sa mission et des intérêts majeurs, sociaux et nationaux dont il est chargé, pour adresser au *Ministre* compétent (celui des Travaux publics) une de ces interpellations qui, parmi tant d'autres oiseuses ou inutiles, serait d'une réelle opportunité tutélaire... ? Nous n'osons guère l'espérer en ces temps de préoccupation dominante et obsédante des intérêts *électoraux*, noyés, hélas ! dans le cabaret et le bar... et devant lesquels pâtissent et succombent les intérêts les plus sacrés de l'hygiène et de la santé publiques...

Nous dédions, en tout cas, à M. le ministre en question, les faits et les avertissements ci-dessus, dont il lui est permis, et dont il lui serait facile, en sa plus légitime sollicitude, commandée par le plus impérieux des devoirs, de tirer l'indication et l'action les plus rationnelles, et de la plus haute utilité publique (*Trib. méd*).

Association de la presse médicale. — *Réunion du vendredi 3 novembre* 1899. — Le vendredi 3 novembre 1899 a eu lieu le 4e dîner de 1899 de l'*Association de la Presse médicale*, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr Laborde, syndic. — 28 personnes assistaient à cette réunion.

I. Nominations. — Ont été élus *Membres titulaires* de l'Association : 1° M. le Dr Toulouse (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Psychiatrie*; 2° M. le Dr Lemoine (de Lille), rédacteur en chef du *Nord médical* ; 3° M. le Dr Boix (de Paris), rédacteur en chef des *Archives gén. de Médecine* ; 4° M. le Dr Ricard (de Paris), représentant la *Gazette des Hôpitaux* ; 5° M. le Dr Duchamp (de St-Etienne), rédacteur en chef de la *Loire médicale*.

II. Congrès international de la Presse médicale de 1900. — M. le Dr Blondel, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès, a indiqué le rôle joué jusqu'à présent par l'*Association de la Presse médicale* dans l'organisation de ce Congrès, qui s'annonce comme un véritable succès.

III. Annuaire de l'Association. — M. le secrétaire général de l'Association a fourni des explications circonstanciées sur la publication de l'Annuaire de 1900. Il est entendu que, dans cet Annuaire figureront les *photographies de tous les membres* et une *reproduction de la page de couverture de chaque journal*. Chaque membre est à nouveau prié d'envoyer de suite ces documents au secrétariat général.

IV. Chemins de fer. — M. le Dr Laborde, syndic, au nom de la Commission des Chemins de fer, a fait part de ses démarches nombreuses auprès des différentes Compagnies.

V. La Presse aux Congrès de 1900. — Sur la proposition de M. le Dr Noir, la question des rapports de la Presse avec les Congrès de 1900 est mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

VI. Cartes d'entrée a l'Exposition. — Le bureau est chargé de faire les démarches nécessaires pour obtenir les cartes d'usage.

Le secrétaire général. Marcel Baudouin.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra le dimanche 26 novembre, à neuf heures et demie du matin, dans la salle des conférences, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques et continuera les dimanches suivants à la même heure.

Asile de Villejuif. — Tramway (Châtelet-Villejuif). Service de M. Toulouse. Le mercredi à 9 h. 1/2, visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

Nécrologie. — Le Dr Aubry, de Saint-Brieuc, reçu en 1887, décédé des suites d'un accident de voiture. — Le Dr Rives (de Paris), reçu en 1877.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie d'urgence, par le Dr Robert Sorel (du Havre), in-8°, 12 p.

Chirurgie des voies biliaires, par le Dr H. Delagenière (du Mans), in-8°, 9 p.

Du traitement de l'appendicite, par le Dr Robert Sorel (du Havre), in-8°, 7 p.

Statistique des opérations pratiquées à Marseille en 1898, par le Dr Pantaloni (de Marseille), in-8°, 12 p.

Trois cas d'émasculation totale pour cancer de la verge, par le Dr Pantaloni (de Marseille), in-8°, 32 p.

Tabes et traumatisme, par le Dr Donadieu-Lavit (de Lamalou, in-8°, 7 p.

Statistique des opérations pratiquées au Mans en 1898, par le Dr H. Delagenière (du Mans), in-8°, 27 p.

Paris, institut international de bibliographie scientifique, 93, boulevard St-Germain, 1899.

De l'Appendicectomie, indications, contre-indications et manuel opératoire, nécessité de l'appendicectomie précoce, par le Dr P. Vignard. In-18, 130 pages, 3 fr. Paris, librairie J. B. Baillière et fils.

Le Massage thérapeutique par le Dr E. Hugon, 1 vol. in-18, relié souple, 4 fr. (Vigot frères, éditeurs, 26, place de l'Ecole de Médecine, Paris).

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*

sent à l'introduction sur ses lignes des *wagons-bars* ; grâce à l'intervention de son éminent directeur, M. Barabant, qui a su l'inspirer, en cette occurrence, des intérêts majeurs de la santé publique et nationale, si gravement compromis par les progrès et les ravages de l'alcoolisme en France.